
Uso de Ácido Valpróico en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERIAS
DEPARTAMENTO DE QUIMICA

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA
EN QUIMICA - FARMACEUTICA



TITULO: USO DE ÁCIDO VALPROICO TABLETA DE 250 mg PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ATENDIDOS EN LAS SALAS DE AGUDOS, DEL HOSPITAL DOCENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL “JOSÉ DOLORES FLETES VALLE” ENERO – JUNIO 2013.

AUTOR:

Bra. Maryurie Rodríguez Torrez

TUTOR:

Lic. Názer Martín Salazar Antón

Managua, Enero del 2014

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios por darme la salud, sabiduría y por haberme permitido cumplir esta meta, el cual, me brindo lo necesario para seguir adelante día a día para poder lograr mis objetivos.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi tutor Lic. Náser Martín Salazar Antón por su gran apoyo y motivación para la culminación de este estudio.

DEDICATORIA

A Dios quien ha otorgado la vida, y la sabiduría al hombre.

A mis padres, el cual me inspiraron con su espíritu de superación y su apoyo incondicional.

A mis maestros que con toda dedicación y paciencia nos transmitieron sus conocimientos y experiencias.

RESUMEN

El presente estudio de utilización de medicamento es de indicación prescripción, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal realizado en pacientes que fueron ingresados por Trastorno Afectivo Bipolar, en los pabellones #3 y #4 que utilizaron ácido valpróico como tratamiento. La muestra estudiada es de 36 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose la información para el estudio de fuentes primarias; datos de los expedientes clínicos y perfil farmacoterapéutico de estos pacientes.

La edad de los pacientes que presentaron un mayor uso de ácido valpróico para el Trastorno Afectivo Bipolar está entre el rango de 30 y 39 años de edad, en los que predominó el género femenino, provenientes en su mayoría de zonas rurales, y con un tipo de episodio maniaco con mayor frecuencia.

De acuerdo al esquema de tratamiento descrito en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, se basa en el uso de ácido valpróico como estabilizador del ánimo, con fármacos coadyuvantes, el cual, tenemos los antipsicóticos conocido como neurolépticos con mayor prescripción, seguido de antidepresivos y benzodiacepinas.

El cumplimiento del protocolo hospitalario de atención al Trastorno Afectivo Bipolar se está cumpliendo en un 81% el cual podemos decir que se dio uso adecuado tanto en dosis e intervalo del ácido valpróico como estabilizador del ánimo para el Trastorno Afectivo Bipolar en el Hospital Docente de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valles” en el periodo de Enero a Junio del 2013.

Palabras Claves: Trastorno Afectivo Bipolar, Ácido Valpróico, Tipo de episodio.

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I / ASPECTOS GENERALES

1.1 Introducción	1
1.2 Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos.....	10
1.3 Planteamiento del problema	11
1.4 Justificación	12
1.5 Antecedentes	13

CAPITULO II / MARCO DE REFERENCIA

2.1 Trastorno afectivo bipolar.....	15
2.2 Clasificación del trastorno afectivo bipolar.....	15
Trastorno Bipolar I.....	16
Trastorno Bipolar II.....	17
Ciclotimia.....	17
Trastorno Bipolar No Especificado (NOS).....	17
2.3 Características importantes del trastorno afectivo bipolar	18
2.4 Síntomas según los episodios del TAB	18
Episodios depresivos	18
Episodios maníacos	19
Episodio hipomaníaco	20
Episodios mixtos.....	20
2.5 Criterios diagnósticos para trastorno afectivo bipolar.....	20
Se requiere hospitalización cuando se presenta?.....	21
2.6 Factores de riesgo	22
2.7 Tratamiento.....	22
2.7.1 Tratamiento Psicofarmacológico	23
Fármacos	23
Los estabilizadores del ánimo	24
Los antipsicóticos	25
Los antidepresivos.....	26

2.7.2 Psicoeducación.....	26
2.7.3 Abordaje Psicoterapéutico de los Pacientes Bipolares	27
2.8 Ácido valprórico	27
2.8.1 Propiedades Químicas.....	28
2.8.2 Estructura Química.....	28
2.8.3 Descripción del Ácido Valprórico.....	29
Farmacocinética	29
Farmacodinamia.....	29
Mecanismo de acción	29
2.8.4 Indicaciones.....	30
2.8.5 Interacciones	30
2.8.6 Ácido valproico como eutimizante (tratamientos nuevos del Trastorno Afectivo Bipolar)	30
2.8.7 Dosificación	31
2.8.8 Efectos adversos.....	32
2.8.9 Precauciones	32
2.8.10 Contraindicaciones.....	33
Embarazo y lactancia.....	33
El riesgo/beneficio.....	33
Sobre dosis con Ácido Valprórico	34
2.8.11 Almacenamiento	34

CAPITULO III / PREGUNTAS DIRECTRICES

3. 1 Preguntas directrices.....	36
---------------------------------	----

CAPITULO IV / DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Descripción del ámbito de estudio.....	37
4.2 Tipo de estudio.....	39
4.3 Población y muestra	39
4.3.1 Población.....	39
4.3.2 Muestra	40
Criterios de inclusión.....	40
Criterio de exclusión.....	40
4.4 Variables	40

Enumeración de las variables.....	40
4.4.1 Variables independientes.....	40
4.4.2 Variables dependientes.....	40
4.4.3 Operacionalización de las variables	41
4.5 Materiales y métodos	42
4.5.1 Materiales para recolectar información	42
4.5.2 Materiales para procesar la información.....	43
4.5.3 Métodos	43

CAPITULO V / ORGANIZACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Resultados obtenidos y discusión de resultados	45
Gráfica Nº 1 Caracterización de los pacientes según el sexo.....	45
Gráfica Nº 2 Caracterización de los pacientes según edad.....	45
Gráfica Nº 3 Caracterización de pacientes bipolares, según el tipo de procedencia.....	47
Gráfica Nº 4 Caracterización de pacientes bipolares, según el tipo de episodio.....	47
Gráfica Nº 5 Medicamentos asociados	48
Gráfica Nº 6 Dosificación.....	51
Gráfica Nº 7 Cumplimiento del Protocolo.....	52

CAPITULO VI / CONCLUSIÓN

6.1. Conclusiones.....	55
Recomendaciones	56

BIBLIOGRAFIA

GLOSARIO

ANEXO

CAPÍTULO

I

ASPECTOS

GENERALES

1.1 INTRODUCCIÓN

Algunas depresiones graves forman parte de trastornos más complicados, en los que períodos de ánimo deprimido se alternan con otros más llamativos en los que la persona está excesivamente feliz, denominados episodios maníacos, o en casos más leves, episodios hipomaníacos, de tal manera que el paciente suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología. A estos trastornos con distintos estados de ánimo se les conoce como Bipolares, conocido también como "enfermedad maniaco-depresiva".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado el Trastorno Afectivo Bipolar como la sexta causa de discapacidad en todo el mundo, en pacientes entre la edad de 15 y 44 años, y como la novena causa cuando se incluyen todas las edades.

En la actualidad no se conoce el origen del Trastorno Afectivo Bipolar pero se cree que podría ser debido al mal aprovechamiento de los neurotransmisores cerebrales, serotonina y dopamina.

Un creciente número de publicaciones demuestra que las drogas antiepilépticas tienen propiedades en el tratamiento agudo y profiláctico en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, aunque no están bien comprendidos los mecanismos de acción terapéuticos, el ácido Valpróico, está siendo utilizado como tratamiento para este tipo de trastorno por poseer características eutimizantes.

Con el presente estudio se verifica el cumplimiento en la prescripción de Ácido Valpróico 250 mg tableta, como tratamiento sugerido en la guía de atención al Trastorno Afectivo Bipolar y en el protocolo en el Hospital Docente de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”, en el periodo de enero-junio del 2013.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el uso de Ácido Valpróico de 250 mg tableta, en pacientes de 20 y 49 años con Trastorno Afectivo Bipolar, atendidos en las salas de agudos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle” Enero – Junio 2013.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población en estudio de acuerdo al comportamiento sociodemográfico, edad y sexo.
2. Conocer los tipos de episodios en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.
3. Mencionar los fármacos coadyuvantes.
4. Comparar el cumplimiento del protocolo recomendado por el Ministerio de Salud (MINSA) en Nicaragua, con el tratamiento prescrito en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de estudios de utilización de medicamentos a nivel nacional y datos que aporten sobre el uso adecuado del Ácido Valpróico para el trastorno afectivo bipolar, hacen que surja la necesidad de esta investigación sobre este eutimizante, ya que el Hospital de atención Psicosocial cuenta con un protocolo que describe esquemas de tratamiento para los trastornos del estado de ánimo, por lo tanto, se ha formulado la siguiente pregunta:

¿Es adecuado el uso de Ácido Valpróico 250 mg tableta en pacientes entre 20 y 49 años con Trastorno Afectivo Bipolar atendidos en las salas de agudos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valles”?

1.4 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del estado de ánimo, en términos de salud pública, tienen gran relevancia ya que es causa frecuente de hospitalización, y en consecuencia afecta la calidad de vida del paciente, funcionamiento cotidiano, educación, trabajo, relaciones familiares y sociales. Su prevalencia está calculada en el 1% de la población en general, en Nicaragua no se encuentran datos que confirmen esta prevalencia.

Casi el 40 % de las personas con Trastorno Afectivo Bipolar tienen un episodio recurrente maníaco o depresivo en los dos años que siguen a la recuperación del primer episodio. (Macritchie KA, et.al., 2010)

Los estudios sobre el uso de Ácido Valpróico como estabilizador del ánimo y su eficacia para este tipo de trastorno están registrados únicamente a nivel del Hospital Psicosocial, en atención primaria se conocen poco sobre su utilización y su efecto terapéutico, ya que en la lista básica de medicamentos, está indicado para el control de la epilepsia, siendo este un fármaco esencial, indicado por la Organización Mundial de la Salud para ese fin.

Los resultados del estudio nos brindan información sobre el uso del Ácido Valpróico y así lograr una reflexión hacia las buenas prácticas de prescripción, para garantizar el éxito, esto como forma de contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

1.5 ANTECEDENTES

A nivel centroamericano se encontraron dos estudios generales en la unidad de psiquiatría del Trastorno Afectivo Bipolar, donde mencionan el uso de Ácido Valpróico por sus propiedades reguladoras del ánimo, teniendo en cuenta que no son estudios específicos con el tema a tratar, sino que aportan datos sobre el uso de eutimizantes, en este caso para Ácido Valpróico.

2008 Dr. Berganza et al. *“Abordaje Terapéutico del Trastorno Afectivo Bipolar”* Hospital General de San Juan de Dios de Guatemala. Se obtuvieron resultados únicamente del uso del carbonato de litio, valproato de sodio y carbamazepina para el manejo de episodios maníacos e hipomaníacos; mientras que se describe la utilización de amitriptilina, fenobarbital y fluoxetina para el control de los episodios depresivos de la enfermedad.

2012 Dr. Fletes, J. *“Manejo Fármaco-terapéutico del Trastorno Afectivo Bipolar”*. Hospital de Atención Psicosocial, Managua-Nicaragua; el cual concluyó que la mayoría de las pacientes no recibían el tratamiento adecuado según el Protocolo de Atención de Trastorno Afectivo Bipolar recomendado por el Ministerio de Salud (MINSAL) que señala el empleo de estabilizadores del ánimo al tratamiento sobre los antipsicóticos.

CAPÍTULO

II

MARCO DE

REFERENCIA

2.1 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El Trastorno Afectivo Bipolar es una enfermedad mental grave, caracterizada por un estado de ánimo fluctuante entre dos polos opuestos: la manía/hipomanía (fase de exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión (fase en la que predomina la tristeza, inhibición e ideas de muerte). Este diagnóstico psiquiátrico, describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados.

El trastorno depresivo es de larga evolución, donde los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable.

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y de cuatro a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses).

Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de 6 meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada.

Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. (Morales J. M et. al, 2010)

2.2 CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) lista cuatro tipos de trastornos del estado de ánimo que se ajustan en la categoría de bipolar:

- ✚ **Trastorno afectivo bipolar tipo I;** con episodios depresivos y maníacos.
- ✚ **Trastorno afectivo bipolar tipo II;** con episodios depresivos e hipomaníacos.
- ✚ **Ciclotimia;** con episodios de depresión leve e hipomanía.
- ✚ **Trastorno afectivo bipolar no especificado (NOS).**

2.2.1 Trastorno Bipolar I

Se da en personas que experimentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco con períodos depresivos. El estado de ánimos actual de un Bipolar I puede ser, sin embargo, maníaco, depresivo, hipomaníaco (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía) o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos (mixtos).

Esto es lo que distingue los subtipos del Bipolar I. Cabe la posibilidad de que la persona tenga en la actualidad un episodio maníaco y nunca haya tenido anteriormente un episodio depresivo; en este caso existe una categoría adicional: “Bipolar I con episodio maníaco único”.

La prevalencia del Trastorno Bipolar Tipo I se sitúa entre el 0.4 y el 1.6 % de la población general según DSM-IV, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos.

2.2.2 Trastorno Bipolar II

Son pacientes que habiendo padecido episodios depresivos hipomaníacos, nunca han padecido un episodio completo de manía, y en su lugar presentan periodos de hipomanía (ánimo persistente expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal que no son tan extremos como los síntomas de la manía). Dichos periodos hipomaníacos alternan con episodios de depresión mayor. La aparición de los episodios maníacos puede ser a veces bastante lenta y progresiva.

La prevalencia del Trastorno Bipolar Tipo II está en torno al 0.5% de la población, también según DSM-IV, el cual es más prevalente en mujeres.

2.2.3 Ciclotimia

Es una forma leve del Trastorno Afectivo Bipolar, que implica períodos de hipomanía y depresión leve, con menos fluctuaciones en el estado de ánimo. Es posible que el diagnóstico de esta clasificación sean determinadas erróneamente como pacientes que padecen únicamente depresión. Desde un punto de vista nosológico es posible que la Ciclotimia sea literalmente la parte menos grave de este trastorno del estado de ánimo.

Normalmente un paciente ciclotímico presenta períodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. También normalmente existe un “equilibrio entre síntomas depresivos e hipomaníacos, aunque en algunos pacientes pueden predominar más unos sobre otros (más frecuente la depresión sobre la hipomanía)”. (Morales J. M et. al, 2010)

2.2.4 Trastorno Bipolar No Especificado (NOS):

Es la Condición que corresponde a una categoría diagnóstica residual para trastornos con elementos bipolares que no cumplen los criterios para Trastorno Bipolar Tipo I, II o Ciclotimia. Por ejemplo, un paciente que experimenta múltiples episodios hipomaníacos sin episodios depresivos intercurrentes, o síntomas depresivos o hipomaníacos que son demasiado infrecuentes para ser calificados como trastorno ciclotímico, también puede ser utilizado temporalmente, por ejemplo mientras se aclara si el episodio es secundario a otra condición médica, uso de antidepresivos o consumo de sustancias. (kraemer, 2013)

2.3 CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB)

- Es un trastorno orgánico (no psicológico) que depende de alteraciones biológicas del cerebro.
- Es un trastorno crónico. La persona que haya tenido un episodio de manía o de hipomanía, aunque haya sido solamente uno, debe tener precauciones toda su vida para que no se repitan estos episodios.
- Requiere tratamiento biológico con medicamentos que regulan el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales. El tratamiento debe ser crónico, a temporadas muy largas, o de por vida en aquellos casos con tendencia a las recaídas constantes. (Morales J. M et. al, 2010)

2.4 SÍNTOMAS SEGÚN LOS EPISODIOS DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El Trastorno Bipolar es una enfermedad en la que se alternan tres tipos de situaciones:

- ❖ **Episodios depresivos:** con características parecidas a un episodio depresivo mayor. Las fases depresivas cursan con:
 - Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
 - Estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente.
 - Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
 - Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
 - Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”.
 - Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
 - Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
 - Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
 - Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.

- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

❖ **Episodios maníacos:** con los síntomas que se exponen a continuación. Un episodio maníaco cursa con algunos de los siguientes síntomas (más de tres):

- Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ganas de hablar mucho más de lo que es necesario.
- Sensación de pensamiento acelerado.
- La persona se encuentra muy distraído.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...).
- Conductas alocadas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas...).
- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.
- La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- Olvido de las consideraciones éticas.

Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios. Puede tener consecuencias desagradables como:

- Empobrecimiento del juicio.
- Hiperactividad improductiva.
- Hospitalización involuntaria.
- Problemas legales y/o económicos.

- Conductas anti-éticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
 - Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
 - Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.) (Beynon S. et. al. , 2013)
- ❖ **Episodio “hipomaníaco”:** Se llama episodio “hipomaníaco” (literalmente, “menos que maníaco”) si lo que hay es un episodio como el anterior, pero sin llegar a provocar un deterioro laboral o social.
- ❖ **Episodios mixtos:** Son episodios en que aparecen, al mismo tiempo, alteraciones propias de la fase depresiva y alteraciones propias de la fase maníaca, es decir: al mismo tiempo depresión y exaltación, hiperactividad, insomnio, ideas negativas. Especialmente complejos son los episodios mixtos que cursan con ideación depresiva, pues existe una mayor posibilidad de que el paciente pase a la acción y realice tentativas de especial letalidad, buscando incluso la espectacularidad en su autolisis. Las características más comunes en los Episodios Mixtos son —al menos tres—:
- Alternancia rápida de distintos estados de ánimo (depresión, euforia, irritabilidad).
 - Predominio de la disforia (mal genio).
 - Agitación.
 - Insomnio.
 - Alteración del apetito.
 - Ideas suicida.
 - Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).

2.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.

- Historia de bipolaridad.

- Dos o más episodios.
- Primer episodio antes de los 20 años.
- Segundo episodio en tres años previos.
- Episodios de inicios bruscos y amenazas vitales.

Se requiere hospitalización cuando se presenta:

- Manía severa o psicótica.
- Manía con riesgo de suicidio o de homicidio.
- Depresión con riesgo de suicidio u homicidio altruista.
- Falta de adherencia al tratamiento.
- Deterioro del cuidado personal.
- Falta de apoyo socio familiar.
- Mal control terapéutico.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Conductas violentas.
- Conductas de riesgos (Conducta sexuales, manejo de dinero).

2.6 FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo conocidos para el desarrollo de depresión son la historia familiar y los episodios previos. El riesgo de trastornos depresivos en los familiares en primer grado de pacientes con depresión es del doble o triple del de la población general. Si un padre tiene un trastorno del ánimo, el riesgo de que un hijo tenga el trastorno del estado del ánimo es de 10 a 25%, si ambos padres están afectados, el riesgo se duplica.

La probabilidad de que una persona desarrolle trastorno del estado de ánimo depende de diversos factores incluyendo género (las mujeres tienen mayor riesgo que los hombre), pérdida temprana de un padre, atención inadecuada por los padres, historias de eventos traumáticos prepuberales, ciertas características de personalidad, historia personal o familiar de trastornos del ánimo, grado de apoyo social y eventos estresantes recientes. (Morales J. M et. al, 2010)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) la diferencia de otros trastornos del humor afectivos la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma.

2.6.1 Problema frecuente asociado al Trastorno Afectivo Bipolar

2.6.1.1 Suicidio:

Las tasas de suicidio son altas en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, por ejemplo, ocurre suicidio alrededor del 10 al 15%. La enfermedad también causa deterioro psicosocial importante, afectando múltiples aspectos de la vida del paciente, incluyendo las relaciones laborales y financieras. (Morales J. M et. al, 2010)

2.7 TRATAMIENTO

- Farmacológico: necesarios e insustituibles para todos los pacientes.
- Educativos: consistente en ayudar a los pacientes y familiares para reconocer, manejar y evitar complicaciones.
- Psicoterápico: dirigido a resolver problemas y afrontar el estrés. Nunca sustituya el tratamiento farmacológico.

2.7.1 Tratamiento Psicofarmacológico

Según el **Protocolo de la Institución del Hospital Psiquiátrico Nacional**; el tratamiento del Trastorno Bipolar se puede dividir en tres fases o etapas:

- Tratamiento de la fase aguda: dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad.
- Tratamiento de continuación: dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda (ejemplo: evitar las recaídas) de 4 a 6 meses más tarde.
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo: dirigido a prevenir futuros episodios, permanente o en curas de 3 a 5 años.

2.7.1.1 Fármacos:

1. Si la persona tiene múltiples síntomas maníacos que duran por lo menos una semana lo suficientemente grave como para interferir significativamente en el trabajo y las actividades sociales o que requiere hospitalización, inicie el tratamiento de la manía aguda con estabilizadores del estado de ánimo o con antipsicóticos.
2. Considere el uso de benzodiacepina a corto plazo (tal como diazepam) para alteraciones conductuales o agitación. La benzodiacepina se debe discontinuar gradualmente tan pronto como mejoren los síntomas.
3. Descontinúe cualquier antidepresivo.
4. Si la persona responde al diagnóstico de depresión bipolar. Inicie el tratamiento con un antidepresivo combinado con estabilizadores del estado de ánimo.

➤ **Los estabilizadores del ánimo**

Son la base del tratamiento preventivo, las sales de litio y lamotrigina en la actualidad son los fármacos con mayor evidencia de eficacia. Los anticonvulsivantes; Ácido Valpróico y carbamazepina / oxcarbazepina son fármacos ampliamente utilizados, aunque no existen estudios controlados de eficacia clínica demostrada en la profilaxis.

La falta de respuesta y la mala tolerancia de las sales de litio en algunos casos han sido reemplazadas por los anticonvulsivantes como la mejor alternativa posible como es el caso del Ácido Valpróico; debido a la eficacia antimaniaca y la existencia de algunos estudios positivos.

Los estabilizadores de ánimo son usados para mejorar síntomas durante episodios agudos maníacos, hipomaníacos, y mixtos. Pueden a veces también reducir síntomas de depresión.

Los buenos resultados obtenidos con valproato o carbamazepina como agentes antimaniacos y de la lamotrigina como producto estabilizador del ánimo han estimulado la exploración del número cada vez mayor de otros anticonvulsivos introducida en la práctica neurológica.

El litio es el eutimizante patrón frente al cual se comparan otros, y hasta el momento se cree que es el más eficaz, pero en los últimos años han salido otros grupos de fármacos: algunos anticomiciales (valproato y derivados, carbamazepina y derivados, lamotrigina, y algunos otros cuya eficacia está aún investigándose), y algunos nuevos antipsicóticos como la quetiapina o la olanzapina.

El objetivo del tratamiento de este tipo de trastorno es doble, por un lado resulta esencial el control de los síntomas en los episodios agudos, ya que puedan ser muy graves, incluso de tipo psicótico, conlleva un elevado riesgo de suicidio (similar al que se observa en la depresión), o en las fases de manía, provocan graves alteraciones de conducta. El otro objetivo esencial es la prevención de nuevos episodios, ya que el Trastorno Bipolar es un trastorno de tipo recurrente, que además conlleva un agravamiento progresivo a medida que se repiten los episodios y a largo plazo hay riesgo de un cierto nivel de deterioro cognitivo.

Como consecuencia de ese doble objetivo, el tratamiento de este trastorno requiere la intervención obligada de médicos especialistas en psiquiatría, el empleo de al menos un eutimizante, y suele ser altamente recomendable la integración del paciente en un programa de psicoeducación.

Estos medicamentos generalmente requieren de 1 a 4 semanas a las dosis terapéuticas antes de que todos sus efectos se vean. Aproximadamente del 50 al 60% de los pacientes responden suficientemente a un solo estabilizador del estado de ánimo, mientras que otros pueden requerir farmacoterapia combinada. Son usados comúnmente junto con benzodiacepinas (ansiedad, agitación) y otras medicaciones.

➤ **Los antipsicóticos**

También conocidos como neurolépticos, son un grupo de fármacos de uso frecuente en el tratamiento de procesos psiquiátricos (demencia, esquizofrenia, o Trastorno Bipolar) ejemplo: (haloperidol, clorpromazina, risperidona) su uso debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Su empleo en monoterapia posee un impacto neurocognitivo deteriorante para el paciente.

➤ **Los antidepresivos**

Son fármacos usados en el tratamiento de los trastornos depresivos, capaces de modificar positivamente el grado de retraimiento, el nivel de actividad y los signos vegetativos de la depresión (por ejemplo: citalopran). Si un episodio maníaco se presenta en personas que están en tratamiento con antidepresivos, suspender inmediatamente o gradualmente, considerando los riesgos de los síntomas de discontinuación frente al riesgo de que el antidepresivo empeore el estado maníaco. Los antidepresivos tienen menos probabilidad de inducir manía cuando se prescribe conjunto con litio, Ácido Valprórico o con terapia antipsicótica.

También incluye, si el litio y el Ácido Valprórico son ineficaces o mal tolerado o su tratamiento con uno de ellos no es factible, hay que pensar en la posibilidad de administrar carbamazepina. (Macritchie KA, et.al., 2010)

2.7.2 Psicoeducación

Mensaje para las personas con Trastorno Afectivo Bipolar (que actualmente no están en un estado maníaco agudo) y para los familiares de las personas con Trastorno Afectivo Bipolar.

- » Explicación breve de lo que es un Trastorno Afectivo Bipolar y ayudarles a reconocer los síntomas prodrómicos de las crisis y la importancia de mantener un ciclo de sueño regular.
- » Se tiene que establecer algún método para monitorear el estado de ánimo, tal como mantener un registro diario del estado del ánimo en el cual se registra la irritabilidad, el enojo o la euforia.
- » Mencionar la importancia de prevenir las recaídas, reconociendo cuando reaparecen los síntomas, por ejemplo: dormir menos, gastar más dinero o sentirse mucho más energético que lo usual, reiniciando el tratamiento cuando aparecen estos síntomas.
- » Una persona en estado maníaco carece de conciencia en la enfermedad y puede incluso disfrutar de la euforia y del aumento de la energía de manera que los cuidadores deben participar en la prevención de recaídas.
- » Se debe evitar el alcohol y otras sustancias psicoactivas.

- » Teniendo en cuenta de los cambios en el estilo de vida deben continuar mientras sea necesario, posiblemente en forma indefinida.
- » Se debe motivar a la persona a que busque apoyo después de acontecimientos significativos en la vida (por ejemplo, duelo) y la importancia de la comunicación con la familia.
- » Establecer buenas relaciones: la confianza mutua entre la persona y el personal de atención de salud es esencial, ya que una alianza terapéutica positiva puede mejorar los resultados a largo plazo especialmente al mejorar la adherencia al tratamiento.

2.7.3 Abordaje Psicoterapéutico de los Pacientes Bipolares:

Los aspectos en los que confluyen los diversos tratamientos psicosociales con mejor apoyo empírico son: informar a pacientes y familiares sobre los síntomas y el curso de la enfermedad, para conseguir mejor adherencia al tratamiento farmacológico y anticipar los pródromos de las crisis maníacas.

Manejo y concientización por parte de los familiares para el debido cumplimiento fármaco-terapéutico.

Ampliar los recursos y competencias de los pacientes, para que consigan un mejor manejo de las tensiones ambientales.

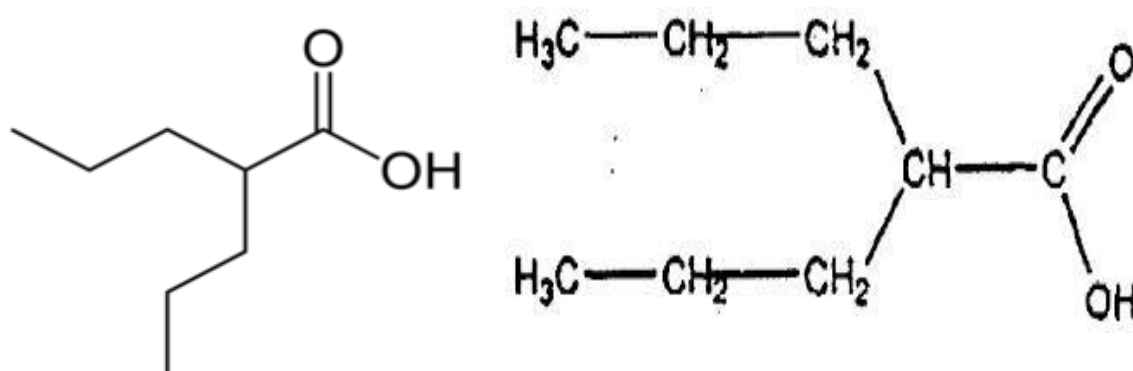
Todo ello dentro de una situación clínica basada en una fuerte alianza terapéutica, que permitan un clima de confianza en el que desarrollar un trabajo para prevenir los aspectos más destructivos de las crisis y, en particular, el suicidio.(Morales J. M et. al, 2010)

2.8 ÁCIDO VALPRÓICO

El Ácido Valpróico (AV), sintetizado en el siglo XIX, fue usado como solvente orgánico y sus propiedades anticonvulsivas fueron descubiertas casualmente en 1963. El AV es un ácido graso de cadena corta no relacionado a otros fármacos antiepilépticos. Posee un amplio espectro de actividad antiepiléptica y tendría un rol en la profilaxis de las jaquecas y en el manejo de las depresiones bipolares. (Galdames, D. et. al., 2009)

2.8.1 Propiedades Químicas

Es un ácido carboxílico de cadena ramificada simple; su fórmula estructural es la siguiente (Davila E. Dr. et. al., 2014)



Formula molecular: $\text{C}_8\text{H}_{16}\text{O}_2$

2.8.2 Estructura Química

Nombre en química orgánica: ácido 2-propilpentanoico

2.8.3 Descripción del Ácido Valpróico

Farmacocinética

Es absorbido a través de la mucosa gastrointestinal. Las concentraciones plasmáticas se alcanzan después de 1 a 4 horas y algo más lentamente si se ingiere después de las comidas. El grado de fijación a proteínas plasmáticas suele ser elevado aproximado de 90%, preferiblemente a la albumina.

El Ácido Valpróico entra rápidamente al cerebro con escasa acumulación y en un (95%) sufre metabolismo hepático; menos del 5% se excreta sin cambios. La vida media del fármaco es de 5 a 14 horas, pero se reduce en los pacientes que toman otros antiepilépticos (Galdames, D. et. al., 2009)

Farmacodinamia

Mecanismo de acción

No se conoce con exactitud el mecanismo de acción del Ácido Valpróico, pareciera que interactúa con el metabolismo de GABA aunque se han propuesto varias alternativas para explicar su acción antiepiléptica (Galdames, D. et. al., 2009)

Tal como con la fenitoína y la carbamazepina, el Ácido Valpróico bloquea los disparos sostenidos y repetitivos de alta frecuencia de las neuronas a concentraciones terapéuticas de 25–30 mg/kg por día. Varios estudios indican que los niveles del ácido gamma-aminobutírico se ven aumentados en el cerebro después de la administración de este medicamento, aunque el mecanismo de este fenómeno no se conoce aún.

Este fármaco inhibe la GABA transaminasa y la recaptación de GABA en las neuronas. Por eso se le relaciona con el incremento de GABA en el cerebro, ya que este es un inhibidor de la secreción de neurotransmisores. Por lo tanto si se disminuye el número de neurotransmisores que van a dar una respuesta al estímulo, se podrá paliar la reacción en cadena que provocará la crisis epiléptica.

2.8.4 INDICACIONES

- ✚ Poseen un amplio espectro de actividad antiepiléptica (Pierre, M., 2010).
- ✚ Es un agente antimaníaco en el trastorno afectivo bipolar (Laurence L. et. al., 2007).
- ✚ y tendría un rol en la profilaxis de jaquecas.

2.8.5 INTERACCIONES

- ✚ Usar el concomitante de carbamazepina porque reduce las concentraciones del Ácido Valproico.
- ✚ El Ácido Valproico aumenta las concentraciones de carbamazepina, diazepam, lorazepam, fenobarbital.
- ✚ La aspirina aumenta los efectos del Ácido Valproico.
- ✚ Ocurre un aumento de reacciones adversas cuando se usa conjuntamente con clonazepam y olanzapina. (Davila E. Dr. et. al., 2014)

2.8.6 ÁCIDO VALPROICO COMO EUTIMIZANTE (tratamientos nuevos del Trastorno Afectivo Bipolar)

En la década pasada surgieron los anticonvulsivos; entre ellos el Ácido Valproico como opción farmacoterapéutica en el tratamiento agudo y a largo plazo.

Los mecanismos neurales que subyacen en la eficacia de los fármacos estabilizadores del estado del ánimo se desconocen; según el artículo publicado en clínicas psiquiátricas de Norte América una hipótesis que ha ido ganando terreno en los últimos años es que los fármacos estabilizadores del ánimo como lo es el Ácido Valproico, son clínicamente efectivos por sus efectos neuroprotectores.

El término neuroprotector implica la protección frente al daño, proponiendo así que puede haber una relación en la posibilidad intrigantes de que el Trastorno Bipolar este marcado por un daño neuronal y de que los fármacos estabilizadores del estado del ánimo pueden ser útiles en la prevención de este daño.

Este artículo evalúa la evidencia y señala la deficiencia en la hipótesis de que los fármacos estabilizadores del estado del ánimo son terapéuticos en el Trastorno Bipolar por sus propiedades neuroprotectoras. (Sherwod Brow E. et. al., 2005)

Los buenos resultados obtenidos con Ácido Valpróico como agente antimaniaco en seres humanos han estimulado netamente la exploración del número cada vez mayor de otros anticonvulsivos introducidos en la práctica neurológica. (Laurence L. et. al., 2007)

2.8.7 DOSIFICACIÓN

- **Epilepsia:**

Adultos

Iniciar con 600 mg/d divididos en 1–2 dosis, incrementar gradualmente (en etapas de 150-300 mg) cada 3 días.

- **Manía:**

Adultos

750 mg/d en 1–2 dosis.

Dosis de mantenimiento: 1–2 g/d.

Dosis mayores a 45 mg/kg requieren monitoreo cuidadoso. (Davila E. Dr. et. al., 2014)

Dosis terapéutica:

1,200 a 3,000 mg/día fraccionadas en tres dosis. (Pierre, M., 2010)

Las pruebas de seguimiento recomendadas antes de iniciar un tratamiento con Ácido Valpróico son: pruebas de funcionamiento renal y hepático, recuento sanguíneo completo, prueba de embarazo.

El tratamiento debe controlarse regularmente y su efecto debe ser evaluado después de 3 y 6 semanas. Si no se observa mejoría al cabo de 6 semanas, aumentar el tratamiento recurriendo a estrategias de combinación: un antipsicótico con litio o un antipsicótico con Ácido Valpróico. Si las reacciones adversas son un importante problema, los prestadores de servicios de salud tratarán con el paciente o un miembro de la familia la posibilidad de reducir

la dosis. Si las reacciones adversas persisten a pesar de una reducción de la dosis, puede plantearse el cambio a otro medicamento antimaníaco.(kraemer, 2013)

2.8.8 EFECTOS ADVERSOS

- **Digestivos:** náuseas y vómitos (los más frecuentes, menos comunes con las formas crono), polifagia con aumento de peso, diarrea, calambres abdominales, estreñimiento. Se han descrito casos de pancreatitis; si se presenta dolor abdominal agudo se recomienda determinar la amilasa.

- **Hepáticos:** se ha descrito aumento de enzimas hepáticas, hepatitis y encefalopatía hepática (Síndrome de Reye), especialmente en los primeros meses de tratamiento. El tratamiento debe suspenderse inmediatamente en caso de ictericia o híperamonemia. (Cerecedo M. et. al., 2012). La elevación transitoria y asintomática de las concentraciones de amonio con Ácido Valproico es muy frecuente, comprobándose este hecho hasta en un 35-45% de los pacientes. (Sherwod Brow E. et. al., 2005)

-**Sistema nervioso:** temblor y cefalea (suele ser el primero signo de sobredosificación), somnolencia, ataxia, confusión y demencia.

-**Hematológicos:** depresión de la médula ósea con trombocitopenia, leucopenia y agranulocitosis de carácter idiosincrático, no relacionada con la dosis. Prolongación del tiempo de hemorragia.

-**Cutáneos:** de carácter idiosincrático. Erupción cutánea y raramente necrólisis epidérmica y síndrome de Stevens-Johnson.

-**Otros:** raramente hipoacusia, alopecia. (Cerecedo M. et. al., 2012)

2.8.9 PRECAUCIONES

- **Función hepática:** el Ácido Valproico es hepatotóxico, por ende se debe vigilar la función hepática antes del tratamiento y durante los 6 primeros meses,

-**Masa ósea:** en pacientes de edad avanzada debe tenerse en cuenta que el uso prolongado de Ácido Valproico puede asociarse a una pérdida de masa ósea y causar osteopenia u osteoporosis.

-**Embarazo:** se relaciona con malformaciones fetales, en especial espina bífida. (Pierre, M., 2010)

-**Lactancia:** se excreta en leche materna. Aunque se considera compatible, se ha descrito un caso de trombocitopenia en un lactante y se recomienda control clínico.

-Usar con cuidado en el Lupus Eritematoso.

2.8.10 CONTRAINDICACIONES

- Alergia a Ácido Valproico.

- Hepatitis aguda, crónica o antecedentes personales o familiares de hepatitis grave, incluida la relacionada con medicamentos.

- Porfiria hepática.

- Hepatopatía previa o actual y/o disfunción actual grave de hígado o páncreas.

- Trastornos del metabolismo de aminoácidos ramificados y del ciclo de la urea. (Morales J. M et. al, 2010)

Embarazo y lactancia: Aunque la teratogenicidad del Ácido Valproico no está totalmente clara, debe evitarse su uso durante el embarazo, ya que está asociado a un mayor riesgo de producir malformaciones fetales, concretamente espina bífida. (Macritchie KA, et.al., 2010)

El riesgo/beneficio deberá considerarse cuidadosamente cuando estos medicamentos sean necesarios para tratar en pacientes embarazadas en quienes otras medicaciones sean

inefectivas o no puedan ser usadas. Concentraciones en la leche materna han sido reportadas entre 1 y 10% de las concentraciones totales en el plasma materno.

Sobre dosis con Ácido Valpróico: los síntomas son: hipotensión, somnolencia, convulsiones, coma, depresión respiratoria, discrasia sanguínea (Macritchie KA, et.al., 2010)

2.8.11 Almacenamiento

A temperatura ambiente, lejos del exceso de calor y humedad (no en el baño). Deseche cualquier medicamento que esté vencido o que ya no necesite. Hable con su farmacéutico sobre la forma adecuada para desechar su medicamento. (Cerecedo M. et. al., 2012)

CAPÍTULO

III

PREGUNTAS DIRECTRICES

3. 1 PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Se está cumpliendo adecuadamente con el índice terapéutico e intervalos de dosis en paciente con Trastorno Afectivo Bipolar recomendado en el protocolo de atención al Trastorno Afectivo Bipolar del Hospital Psicosocial?
2. ¿Hay respuesta clínica en los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar que usaron Ácido Valprórico 25 mg tableta como eutimizante?

CAPÍTULO

IV

DISEÑO

METODOLÓGICO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO:

El presente trabajo se realizó en el Hospital Docente de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”, ubicado en el km 5 de Carretera Sur, Managua, contiguo a ENACAL, capital de Nicaragua; en el período comprendido Enero-Junio 2013.

Dicho centro hospitalario cuenta con las siguientes salas:

- Emergencia: 72 horas de estancia.
- Unidad de intervención en crisis: 5 días de estancia.
- Pabellón de agudos No. 4: solo de varones, con 65 camas: el tiempo que amerite.
- Pabellón de agudos No. 3: solo de mujeres con 40 camas: el tiempo que amerite.
- Pabellón No. 5 de varones y pabellón No. 2 de mujeres que son las salas de crónicos o pacientes que son residentes en dicho hospital.
- Consulta externa del paciente ambulatorio.

Comprende en un total de 236 trabajadores entre estos tenemos:

- 8 Psiquiatras.
- 1 Odontólogo.
- 4 Médicos generales.
- 14 Residentes.
- 100 Enfermeras.
- 1 Farmacéutico.
- 3 Terapista ocupacional.
- 6 Trabajadores sociales.
- 6 Psicólogos.
- 1 Nutricionista.
- 92 personal administrativa.

4.2 TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio de utilización de medicamento, es **de tipo indicación prescripción**; su objetivo es que los tratamientos prescritos estén en una indicación correcta. Describe los fármacos utilizados en determinada indicación o grupo de indicaciones. Las fuentes de información son: base de datos, historiales clínicos y perfil fármaco-terapéutico. La información obtenida debe reflejar las indicaciones de uso, idoneidad del tratamiento, perfil clínico de los pacientes, es por tal razón que este tipo de estudio evalúa el fármaco Ácido Valpróico, para el Trastorno Afectivo Bipolar.

Según la finalidad del estudio es **descriptivo**: porque describe el fármaco y sus efectos: se aplica describiendo el objeto a estudiar, se centran en recolectar datos que describan la situación de cómo es; especificando las características de los pacientes que padecen Trastorno Afectivo Bipolar, los expedientes clínicos y el manejo fármaco-terapéutico para el tratamiento de dicho trastorno.

Según secuencia temporal es de **Corte transversal**: porque analiza el fenómeno a investigar en un período de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina “de corte”. Es por tal razón que este estudio es durante un tiempo determinado de los meses de Enero-Junio del 2013; Por lo tanto el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos **es retrospectivo** porque los datos de recolectada de la información fue en un período ya transcurrido.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.3.1 Población

Está conformada por pacientes ingresados; que fueron hospitalizados en las Salas de agudos con Trastorno Afectivo Bipolar en donde encontramos: pabellón #3: 687 paciente y #4: 297 pacientes que equivale a 984 pacientes.

4.3.2 Muestra

Conformada por pacientes egresados de los pabellones de agudos 3 y 4, con edades comprendidas entre 20 y 49 años, constituida por 36 pacientes que se les administró Ácido Valpróico como tratamiento del Trastorno Afectivo Bipolar.

Criterios de inclusión:

- Pacientes en las edades comprendidas entre 20 - 49 años, hospitalizados en los pabellones 3 y 4 diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar tratados con Ácido Valpróico de 250 mg.
- Paciente con expedientes completos.

Criterio de exclusión:

- Pacientes con expedientes incompletos.
- Pacientes que no estén en el período de tiempo entre Enero-Junio del 2013.
- Pacientes que no hayan sido tratados con Ácido Valpróico.
- Perfil fármaco-terapéutico con letra no legible.

4.4 VARIABLES:

Enumeración de las variables

*** 4.4.1 Variables independientes:**

- Edad
- Sexo
- Procedencia

*** 4.4.2 Variables dependientes:**

- Tipos de episodios bipolares
- Indicación
- Fármaco

- Intervalo de dosis del fármaco
- Dosis

*4.4.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Valor
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento. (For Larousse Spanish Dictionary, 2007)	Años	20 – 29 30 - 39 40 – 49
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. (Girondella L., 2012)	Género	Masculino__ Femenino __
Procedencia	Lugar de residencia del o la paciente	Posición geográfica	Urbano__ Rural__
Episodios del TAB	Problema sanitario detectado por un profesional o verbalizado por un paciente cuyo comienzo se establece en el momento del primer contacto de dicho problema con un profesional sanitario. (Blanquer J., 2014)	Condiciones	Episodios depresivos__ Episodios maníacos __ Episodio hipomaniaco_ Episodios mixtos __

Fármaco	Es cualquier sustancia que produce efectos medibles o sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse. (For Larousse Spanish Dictionary, 2007)	Familias de fármacos	Anticonvulsivo — Antipsicóticos — Antidepresivos — Benzodiacepinas —
Dosis	Cantidad de un fármaco que se administra de una sola vez (For Larousse Spanish Dictionary, 2007)	mg/kg	C/8 hrs. C/12 hrs Se especificará.

4.5 MATERIALES Y MÉTODOS

4.5.1 Materiales para recolectar información

La información recolectada fue por medio de los expedientes clínicos y perfil fármaco-terapéuticos facilitada por el departamento de estadística del hospital.

Fichas de recolección de datos

Expedientes clínicos, usando la técnica de revisión documental

Sitios Web

Monografías

Libros

Diccionarios médicos

4.5.2 Materiales para procesar la información

La información obtenida fue procesada utilizando los programas de Microsoft office (Word 2010, Excel 2007, PowerPoint 2007).

4.5.3 Métodos

Para la recolección de datos se visitó el Hospital de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valles” a partir del día; Lunes 03 de Octubre del año 2013 con el fin de revisar expedientes clínicos de los meses de Enero a Junio del 2013. Esta revisión se efectuó en un período estimado de 2 semanas, revisando por día, 4 expedientes clínicos de lunes a viernes, de 8:00 a 12:00 m.d. culminando el día 17 de Octubre del año 2013.

CAPÍTULO

V

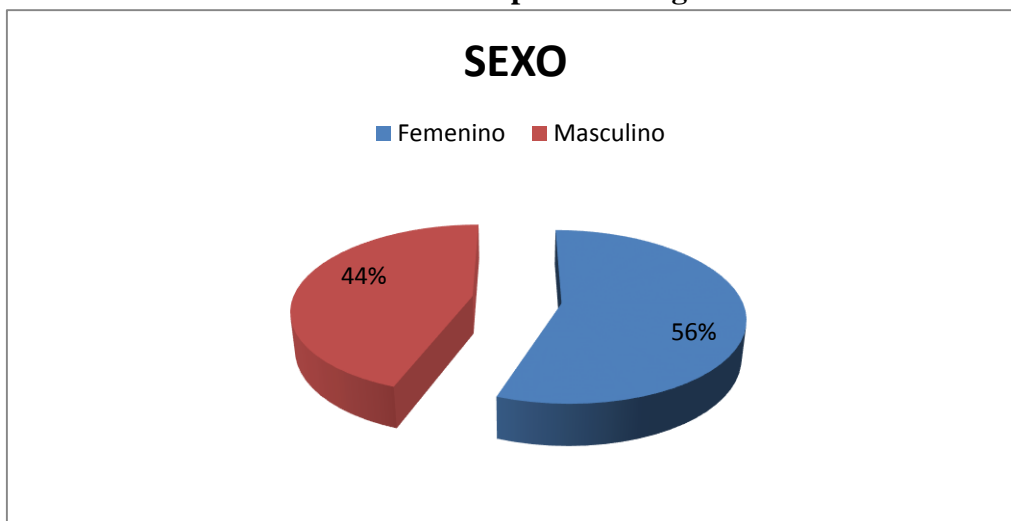
ORGANIZACIÓN

Y DISCUSIÓN DE

RESULTADOS

5.1 RESULTADOS OBTENIDOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Gráfica No. 1 Caracterización de los pacientes según el sexo

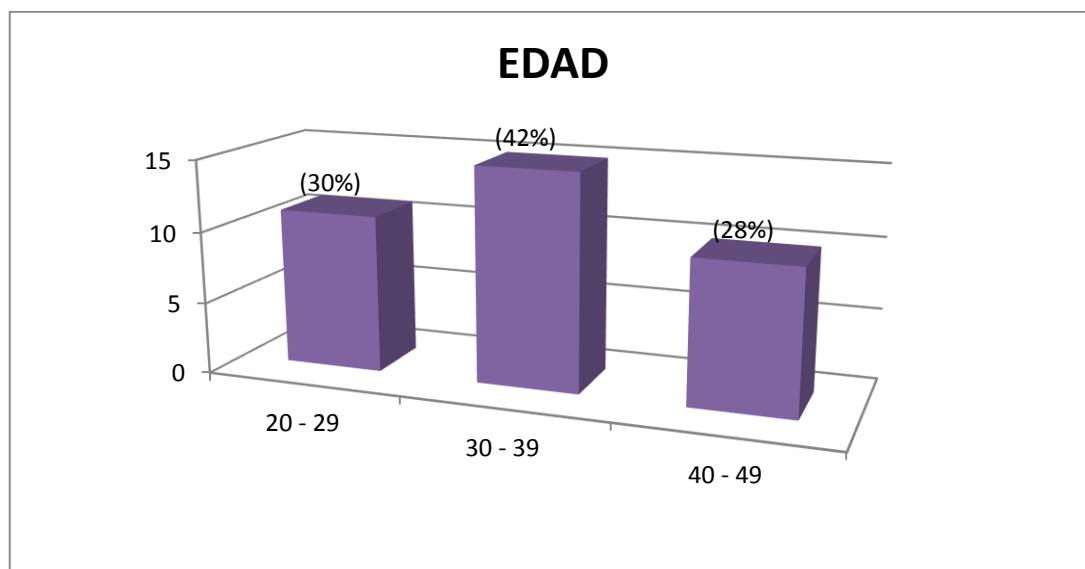


Fuente de Información: Expediente Clínico

De los 36 expedientes clínicos de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar se encontraron 20 pacientes que corresponden al sexo femenino, equivalente al 56% de la población en estudio y 16 pacientes masculino que corresponde a un 44% de la población en estudio.

El sexo femenino es el más representativo en este estudio, según el Protocolo de Atención al Trastorno Afectivo Bipolar; no se conoce con exactitud las causas de esta enfermedad pero puede estar relacionado a factores endógenos o externos, entre estos tenemos los traumas psicológicos que afectan más al sexo femenino.

Grafica No. 2 Caracterización de los pacientes según edad.



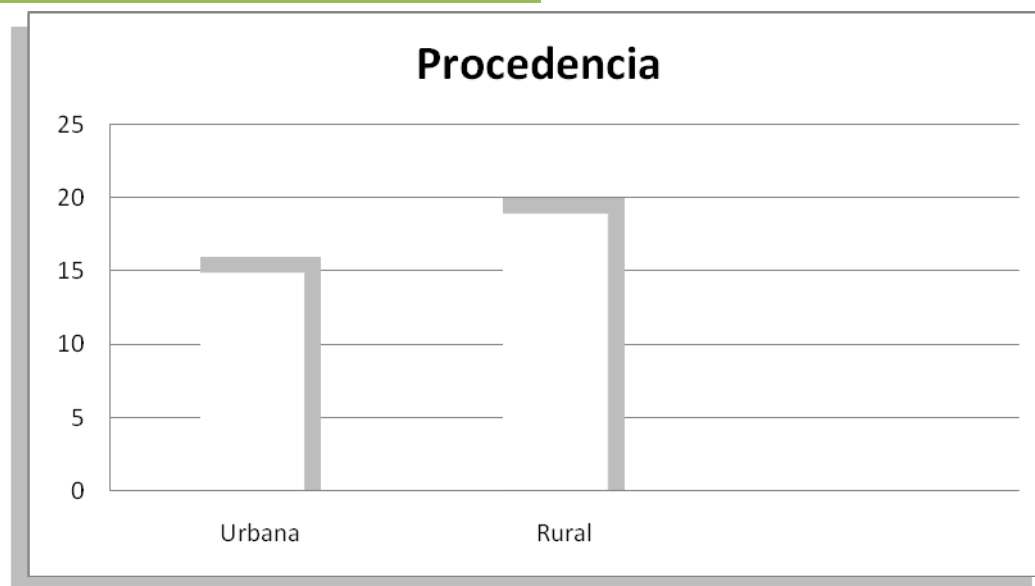
Fuente de Información: Expediente Clínico

De los expedientes analizados, 15 pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar equivalente al 42 % están entre las edades de 30 a 39 años, 11 pacientes representa el 30 %, el cual lo comprende el rango de 20 a 29 años y 10 pacientes equivalen al 28 % encontrándose en el rango de 40 a 49 años.

La edad de los pacientes que se les administró Ácido Valpróico para el Trastorno Afectivo Bipolar, con un mayor porcentaje fue en el rango de 30-39 años, la relación entre el trastorno y la edad radica entre más joven los pacientes, serán más propensa a desarrollar este tipo de trastorno del estado del ánimo. La guía clínica del Trastorno Afectivo Bipolar (kraemer, 2013) menciona que la edad promedio del diagnóstico habitualmente es a los 21 años, y el comienzo temprano se asocia al género femenino. Debido a que muchos de los pacientes llegaron con este trastorno, el cual ya habían síntomas desde mucho tiempo antes que se le diagnosticara por un psiquiatra, es por tal razón que este estudio difiere a los valores descritos por kraemer en cuanto a la edad.

Gráfica No. 3 Caracterización de pacientes bipolares, según el tipo de procedencia.

N= 36 expediente clínicos		
VARIABLE	N	%
Procedencia		
Urbana	16	44%
Rural	20	56%



Fuente de Información: Expediente Clínico

Con respecto a la procedencia el 56% equivalen a 20 pacientes de zona rural, y un 44% equivalente a 16 pacientes son de la zona urbana.

El porcentaje con mayor número de pacientes según la caracterización demográfica de los pacientes en estudio con Trastorno Afectivo Bipolar es en la procedencia rural. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales son cada vez más frecuente siendo consecuencia de problemas persistentes asociados a la pobreza, de la transición demográfica, de conflictos en Estados frágiles y de desastres naturales.

Gráfica N° 4 Caracterización de pacientes bipolares, según el tipo de episodio.



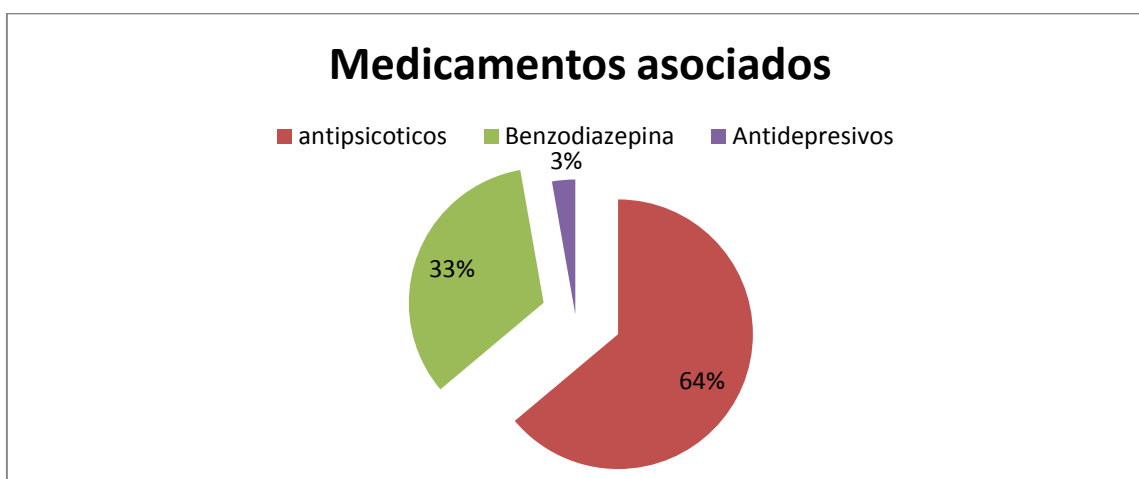
Fuente de Información: Expediente Clínico

Según el tipo de episodio en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar; el episodio maníaco con 30 pacientes que equivale al 83 % fue el de mayor frecuencia. En segundo lugar encontramos el episodio depresivo con 6 pacientes con un 17 % para este tipo de episodio.

El episodio maníaco, donde encontramos a los pacientes que presentaron una aceleración e intensificación de los pensamientos y de las emociones, fue el episodio que prevaleció en la población de estudio, aunque varias bibliografías encontradas nos informan que los episodios de depresión son más frecuentes que los episodios de manía. (Kaplan, 2010). Por el cual podemos decir que el patrón no es el mismo en todas las personas con Trastorno Afectivo Bipolar, y vemos una mayor incidencia en este tipo de episodio maníaco en pacientes provenientes de zona rural en la población joven de la muestra en estudio.

Gráfica N° 5 Medicamentos asociados

VARIABLE	N= 36 expediente clínicos	
	N	%
medicamentos asociados		
Antipsicóticos	23	64%
Benzodiazepina	12	33%
Antidepresivos	1	3%



Fuente de información: perfiles fármaco-terapéuticos

Los grupos farmacológico coadyuvantes con el Ácido Valpróico fueron:

- ✚ Fármacos antipsicóticos también conocidos como neurolépticos ocupando el 64% de la población en estudio, que pertenece a 23 pacientes a los que se le prescribió en conjunto con el Ácido Valpróico.
- ✚ Las benzodiacepinas con el 33 % equivalente a 12 pacientes.
- ✚ Los antidepresivos con el 3% (1 vez mencionado).

El grupo de los antipsicóticos (risperidona, haloperidol, corpromaxina) asociada con Ácido Valpróico fue el que más se prescribió. Según el Protocolo de Atención al Trastorno Afectivo Bipolar menciona en su literatura, que tiene mejor respuesta terapéutica en la terapia y prevención en cuadros maníacos y síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones e ideas delirantes). Se presentaron casos en el cual se les prescribió más de un antipsicótico por

falta de apego al tratamiento y pacientes que presentaron un difícil manejo. El tratamiento de los síntomas psicóticos del Trastorno Afectivo Bipolar es más eficaz en combinación como tratamiento agudo en episodio maníaco, sobre todo en su fase inicial.

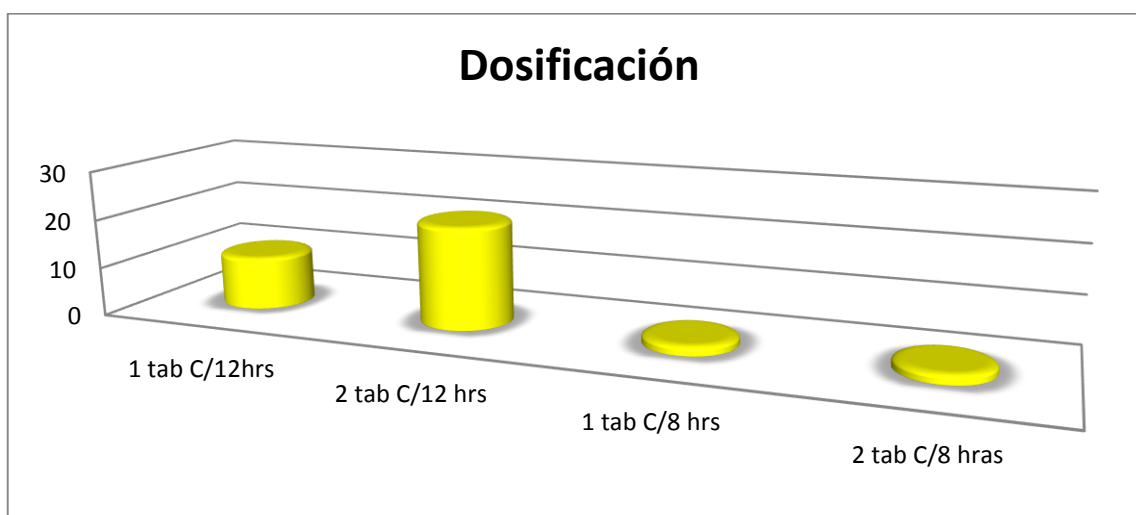
Las benzodiazepinas, neurolépticos y antidepresivos podrán introducirse en caso de recaídas según el protocolo de atención del TAB.

El Ácido Valpróico asociada a las benzodiazepinas, fue el grupo que ocupó el segundo lugar debido a que estos pacientes experimentaron agitación.

El grupo de los antidepresivos (citalopram) asociado a Ácido Valproico no tuvo gran relevancia de prescripción en dicho estudio.

Gráfica N° 6 Dosificación

VARIABLE	N= 36 expediente clínicos	
	N	%
Intervalo de dosis		
1 tab C/12hrs	11	31%
2 tab C/12 hrs	21	58%
1 tab C/8 hrs	2	5%
2 tab C/8 hrs	2	6%



Fuente de información: perfiles farmacoterapéuticos

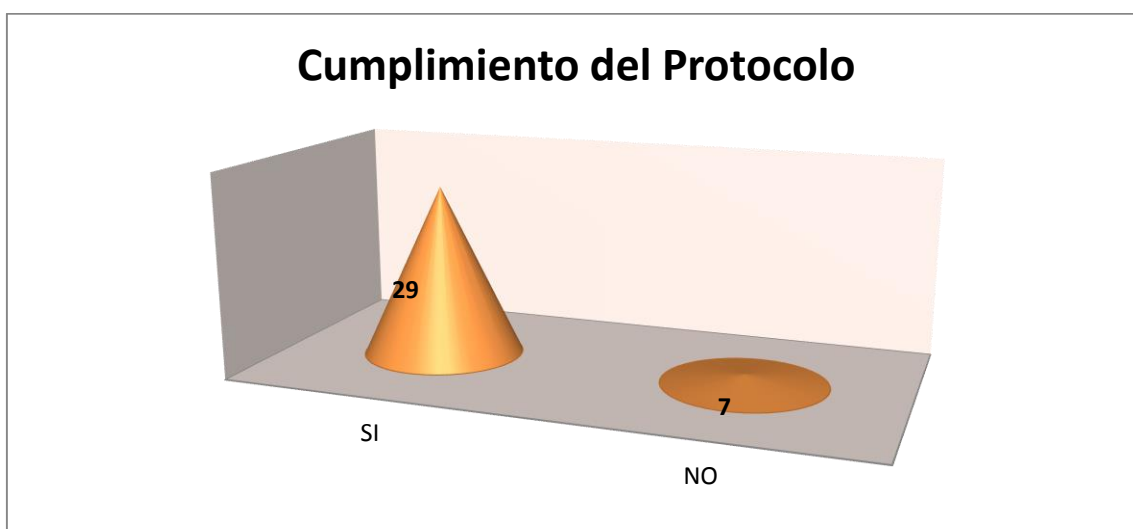
Al 58% de los pacientes en estudios que corresponde a 21 pacientes, se les administró Ácido Valpróico de 250 mg 2 tab C/12hrs, a un 31% que corresponde a 11 pacientes, se les administro 1 Tab C/12 hrs, a un 6% que corresponde a 2 pacientes se le administro 2 Tab C/8 hrs y a un 5% se le administro 1 Tab C/8 hrs.

La dosis de Ácido Valpróico de 2,000 mg al día fue la más prescrita, debido a que el episodio maníaco fue el que más predominó en nuestra población de estudio, según la guía clínica AUGÉ está en 1200-3000 mg/día; de Ácido Valpróico según el rango de dosis de referencia de acuerdo a la fase de tratamiento en Trastorno Bipolar para la manía aguda.

La administración de 500 mg/día, como inicio de la terapia en la población en estudio, ocupó el segundo lugar, seguido de la administración de 1,500 mg/día repartida en tres dosis y la dosis que ocupó el menor porcentaje en la población de estudio en este trabajo fue la dosis de 2 tab c/8hrs el cual equivale a 1,000 mg/día.

Grafica N° 7 Cumplimiento del Protocolo

VARIABLE	N= 36 expediente clínicos	
	N	%
Cumplimiento del protocolo		
SI	29	81%
NO	7	19%



Fuente de información: perfiles farmacoterapéuticos

De acuerdo al cumplimiento del protocolo de referencia, el manejo adecuado del Ácido Valpróico logró cumplirse en 29 pacientes que pertenecen al 81% de nuestra población en estudio y en 7 pacientes que pertenecen al 19% de nuestra muestra, no hubo cumplimiento.

Las dosis prescritas de acuerdo al tipo de episodio maníaco que predominó en nuestra población en estudio fueron de 2,000 mg/día de Ácido Valpróico repartidas en dos dosis, el cual, está entre los rangos de dosis diarias.

Según el protocolo de atención al Trastorno Afectivo Bipolar, los estabilizadores del humor, entre ellos el Ácido Valpróico, son los tratamiento de primera elección en el TAB, y para lograr un efecto terapéutico se ha combinado con las familias de los antipsicóticos, teniendo una prescripción adecuada, cumpliendo en su mayoría con el protocolo sugerido por el MINSA al Hospital de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valles”. En un 19% no hubo una prescripción adecuada para el tipo de episodio por el cual estaba cruzando el paciente.

CAPÍTULO

VI

CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES

Los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar que se les prescribió Ácido Valpróico durante Enero-Junio del año 2013 demostraron que la edad que predominó fue el rango de 30-39 años en el género femenino.

Se describe el comportamiento sociodemográfico de la población en estudio, el cual tuvo una mayor prevalencia la procedencia rural con un 56% en los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

Según los expedientes clínicos, el episodio con mayor porcentaje, fue el maníaco con un 83% en los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

El grupo de los antipsicóticos (risperidona, haloperidol, corpromaxina) asociada con Ácido Valpróico fue el que más se prescribió en un 64%. El Ácido Valpróico asociada a las benzodiacepinas (olanzapina) fue el grupo que ocupó el segundo lugar con un 33 % debido a que estos pacientes experimentaron agitación. El grupo de los antidepresivos (citalopram) asociado a Ácido Valpróico con 3 % no tuvo gran relevancia de prescripción en dicho estudio.

De acuerdo al cumplimiento del Protocolo de Atención al Trastorno Afectivo Bipolar en el Hospital Docente de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valles” que señala el empleo de los estabilizadores del ánimo para este caso; el Ácido Valpróico como primera elección y en combinación con los antipsicóticos para una respuesta clínica, de los 36 pacientes que corresponde a la población en estudio, un 81% se observó un uso adecuado tanto en dosis e intervalo de dosis para el tratamiento del Trastorno Afectivo Bipolar, y un 19% no correspondía al tratamiento adecuado para el tipo de episodio por el cual estaba cruzando el paciente.

RECOMENDACIONES

Cuando se está considerando un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar los profesionales de la salud deberían tener en cuenta que:

- Algunas formas de presentación del TAB son difíciles de reconocer y por ello debe ponerse especial atención en casos con síntomas psicóticos prominentes (que pueden confundirse con esquizofrenia), ideas suicida y trastornos del comportamiento (que pueden confundirse con trastorno de personalidad).
- El abuso de alcohol y/o drogas puede inducir síntomas de tipo maníaco en pacientes ingresados. Si hay evidencia de abuso, sería conveniente esperar 7 días antes de confirmar el diagnóstico de TAB.
- A todos los pacientes se les debe recordar que deben mantener hábitos de vida saludable, ya que los pacientes al no tomar esa iniciativa, será conveniente recomendársela a los familiares.
- Cuando se interrumpa el Ácido Valpróico en pacientes con TAB debería reducirse gradualmente las dosis durante al menos 4 semanas para minimizar el riesgo de desestabilización.
- Para favorecer la adherencia al tratamiento se debe involucrar al paciente en la toma de decisiones, comunicar claramente las indicaciones, indicar objetivos terapéuticos, educar acerca de riesgos y beneficios de los fármacos, informando tanto al paciente como a su familia y/o acompañantes.

BIBLIOGRAFÍA

Davila E. et. al. (2014). *Formulario Nacional de Medicamentos*, (págs. 245-246). MINSA, Nicaragua: EINM.

Galdames, D. et. al. (2009). *Manual de Epilepsias* (págs. 15-18). Santiag, Chile: Arancibia Hno.

Kraemer, p. (2013). *Guías Clínicas AUGE Trastorno Afectivo Bipolar en Personas de 15 años y mas*. MINSAL.

Laurence L. et. al. (2007). *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. Undécima Edición por McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C. V. 491.

Macritchie KA, et.al.. (2010). Valproic Acid, Valproate and Divalproex in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder. *Tratamiento Farmacológico de los Trastornos Mentales en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D.C.: OPS.

Morales J. M et. al. (2010). Trastorno Afectivo Bipolar. M. J. M, *Compendio de Protocolo de Psiquiatría* (págs. 4-3). Managua, Niaraagua.

Pierre, M. (2010). *Manual de Farmacología Básica y Clínica* Quinta Edición MC.Graw Hill. 54.

Sherwod Brow E. et. al. (2005). *Clinicas Psiquiátricas de Norteamérica. Bipolar Disorder, volumen 28 numero 2, Elsevier* , 301-302, 415.

GLOSARIO

Ácido gamma-aminobutírico o GABA: Es un aminoácido de cuatro carbonos, presente en bacterias, plantas y vertebrados. En los animales se encuentra en el cerebro en altas concentraciones y cumple un rol fundamental en la neurotransmisión.

Agranulocitosis: Es una insuficiencia de la médula ósea para producir suficientes glóbulos blancos (neutrófilos).

Agresivo: Es una conducta hostil o destructiva cuya finalidad es provocar unañaña otro.

Aleatorización: Procedimiento por el que la selección de una muestra y/o la asignación a un tratamiento u otro dentro de un estudio, se hace por mecanismos de azar. En muestras suficientemente grandes, reduce las diferencias entre los distintos grupos y permite comparar el efecto de la variable estudiada sobre ellos.

Alopecia: Es una afección que ocasiona parches redondos de pérdida del cabello y puede llevar a la calvicie total.

Alucinación: Es una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.

Ansiedad: Se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.

Anticomiciales: Son los fármacos de mayor desarrollo para el tratamiento del dolor neuropático, de ahí la propuesta de denominarlos junto a los antidepresivos antes descritos, fármacos neuromoduladores para evitar la denominación de antiepilépticos que lleva a confusión en los pacientes. Se diferencian los antiepilépticos clásicos o de primera generación (carbamazepina, difenilhidantoína, ácido valpróico, clonazepam) y los nuevos antiepilépticos de segunda generación, muchos de estos últimos, desarrollados específicamente para el tratamiento del dolor neuropático.

Anticonvulsivo: También llamado antiepiléptico, es un término que se refiere a un fármaco, u otra sustancia destinada a combatir, prevenir o interrumpir las convulsiones o los ataques epilépticos.

Antidepresivo: Es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, diversos trastornos de ansiedad, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos.

Antipsicótico: Fármaco o sustancia que permite tratar trastornos mentales.

Antisocial: Es una patología de índole psíquico que deriva en que las personas que la padecen pierden la noción de la importancia de las normas sociales, como son las leyes y los derechos individuales.

Ataxia: Es un signo clínico que se caracteriza por provocar la descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo de cualquier animal, incluido el hombre. Esta descoordinación puede afectar a los dedos y manos, a los brazos y piernas, al cuerpo, al habla, los movimientos oculares, al mecanismo de deglución, etc.

Autor referencia: Se refiere a la habilidad de un sujeto para hablar o referirse a sí mismo.

Bipolar: Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.

Catatonia: Es un estado físico y psicológico; se caracteriza por que la persona desvaría y dice frases que tienen poca coherencia, así como anomalías en sus movimientos físicos. El padecimiento se define desde una crisis hasta un trastorno, dependiendo del tiempo que dure, ya que puede durar desde unas horas hasta meses.

Ciclado Rápido: Paciente de trastorno bipolar que presenta más de tres episodios afectivos anuales.

Ciclotimia: Conocido también como trastorno ciclotímico es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado del ánimo. Es considerado una forma leve del trastorno bipolar.

Cognición: Facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información. Consiste en procesos tales como el aprendizaje, razonamiento, atención, memoria, resolución de problemas, toma de decisiones y procesamiento del lenguaje.

Concomitante: Significa que ocurre durante el mismo período de tiempo.

Confusión: Es la incapacidad para pensar de manera tan clara y rápida como uno normalmente lo hace. Uno puede sentirse desorientado y tener dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones.

Crono: Liberación lenta.

Diplopía: Es el término que se aplica a la visión doble, la percepción de dos imágenes de un único objeto.

Disfasia: Es un trastorno en la adquisición del lenguaje, afecta fundamentalmente la comprensión y expresión del lenguaje.

Dispepsia: Todo trastorno de la secreción, motilidad o sensibilidad gástrica que perturben la digestión, designa cualquier alteración funcional asociada al aparato digestivo. Por lo general, se presenta cuando no hay una alimentación saludable.

Dopamina: Es un neurotransmisor que tiene su origen en las células nerviosas producido en una amplia variedad de animales, incluidos tanto vertebrados como invertebrados. Según su estructura química, la dopamina es una feniletilamina, una catecolamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central.

Encefalopatía hepática: Es la pérdida de la función cerebral que ocurre cuando el hígado ya no es capaz de eliminar las toxinas de la sangre.

Ensayo Clínico: Estudio experimental para valorar la eficacia y la seguridad de un tratamiento o intervención.

Escisión: Acción o efecto de escindir, romper, separar.

Esquizoafectivo: Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno mental caracterizado por episodios recurrentes de un trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) que cursan en todos los casos con síntomas psicóticos severos.

Estado de ánimo: No es una situación emocional. Es un estado, una forma de permanecer, de estar en cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico. Se diferencia de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento.

Estado frágil: Es aquél que no puede ejercer control sobre su territorio, que fracasa

en el desempeño de sus funciones básicas (como la recaudación de impuestos o la provisión de infraestructuras públicas) o que no es capaz de asegurar a la población los servicios y necesidades básicos, y proteger sus derechos políticos.

Euforia: Sensación de júbilo o bienestar que no está basada en la realidad y por lo general es exagerada.

Eutimizantes: Son fármacos encargados de mantener la estabilidad del estado de ánimo, no evitan por completo una recaída, pero reducirá su gravedad y duración en caso de presentarse.

Hepatopatía: Se aplica a muchas enfermedades y trastornos que provocan que el hígado funcione inadecuadamente o que deje de funcionar.

Hepatotoxicidad: Es un término general para referirse a los daños del hígado inducida por drogas.

Hiperamonemia: Es un trastorno metabólico que resulta un alto nivel de amoníaco en sangre.

Hiperreflexia: Exageración de los reflejos. Se utiliza el término para referirse a la exaltación de los reflejos clínicos musculares.

Hipersomnia: Es uno de los denominados trastornos intrínsecos del sueño. Se caracteriza por somnolencia excesiva diaria, por episodios prolongados de sueño nocturno y por intervalos de sueño diurno, durante al menos un mes.

Hipoacusia: Es la incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos.

Hipoalbuminemia: Es una condición clínica en la cual existe una disminución en los niveles séricos de albúmina por debajo de 3,5 g/dL.

Hipomanía: Es un estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo, y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal.

Ictericia: Es una coloración amarilla en la piel, las membranas mucosas o los ojos. El color amarillo proviene de la bilirrubina, un subproducto de los glóbulos rojos viejos.

Ideación Suicida: Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Impulsividad: Es un mecanismo de defensa que evita el que la persona se pare a reflexionar sobre los aspectos y motivaciones de su comportamiento y por lo tanto frente a las emociones que estos les generarían si los enfrentaran.

Inhibidores de la aminooxidasa: Es una categoría de medicamentos que mejora la depresión mediante la inhibición de la enzima monoaminoxidasa de metabolización de neurotransmisores o mensajeros químicos dentro del sistema nervioso.

Irritabilidad: Es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo en el medio ambiente y poder reaccionar. Tiene un efecto patológico o fisiológico.

Leucopenia: Es la disminución del número de leucocitos totales por debajo de 4.000-4.500/mm³.

Manía: Estado de locura delirante con exaltación del estado de ánimo.

Mioclono: Es una sacudida repentina e involuntaria de un músculo o grupo de músculos.

Necrosis: Es la muerte de tejido corporal y ocurre cuando no está llegando suficiente sangre al tejido, ya sea por lesión, radiación o sustancias químicas.

Neurocognitivo: Son habilidades básicas de la mente humana. Ellas representan capacidades neurológicas las mismas que son mediadas en el cerebro.

Nistagmo: Es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos.

Osteopenia: Disminución en la densidad de la **masa ósea** por debajo de los niveles normales.

Osteoporosis: Se define como una enfermedad crónica durante la cual se pierde **masa ósea** progresivamente. Esta pérdida es superior a la **pérdida** natural generada por la edad y el sexo.

Pancreatitis: Es la inflamación del páncreas.

Patognomónico: Signo o síntoma específico que se utiliza para caracterizar y diagnosticar una enfermedad. Se utiliza en el diagnóstico médico o psicológico para calificar a aquellos signos clínicos.

Polifagia: Es el aumento anormal de la necesidad de comer que pueden deberse a ciertos trastornos psicológicos o a alteraciones de tipo hormonal.

Porfirias: Son un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas, generalmente hereditarias, ocasionadas por deficiencia en las enzimas que

intervienen en la biosíntesis del grupohemo(componente de la hemoglobina, parte esencial de los glóbulos rojos).

Psicoeducación: Hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

Psicosis: Desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal.

Psicotrópico: Es una sustancia que tiene un efecto sobre la actividad cerebral a nivel del sistema nervioso central. El alcohol, el tabaco, la cafeína o el cannabis son ejemplos de algunos famosos psicotrópica "naturales".

Senectud: Último periodo natural de la vida humana, vejez.

Sensitometría: Prueba que sirve para medir la densidad de calcio existente en nuestros huesos. Se utiliza para el diagnóstico de la osteoporosis o valoración del riesgo de fracturas.

Síndrome de reye: Es un daño cerebral súbito (agudo) y problemas con la actividad hepática de causa desconocida.

Síndrome de Stevens-Johnson: Es una enfermedad inflamatoria aguda, originada por una hipersensibilidad, que incluye la piel y las membranas mucosas; en una forma mayor pone en peligro la vida del paciente. Puede ser inducida por muchos factores precipitantes, desde los medicamentos hasta una infección.

Somnolencia: Es una actitud exagerada para el sueño. Es un estado en el que ocurre una fuerte necesidad de dormir o en el que se duerme durante periodos prolongados (hipersomnia).

Tonicoclónicas: La contracción del músculo provocada por descarga de impulsos nerviosos que llegan al músculo en sucesiones rápidas y constantes se denomina contracción tetánica.

Transición demográfica: Este concepto se emplea para designar un período característico dentro de la evolución demográfica de países que comienzan a vivir un proceso de modernización. Las sociedades tradicionales se caracterizan por una alta natalidad y una alta mortalidad (sobre todo infantil) por lo que el crecimiento demográfico es lento.

Trastornos de personalidad: Son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.

Trastornos del estado de ánimo: Es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo.

Trombocitopenia: Es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales.

Utilización de medicamento: Según la definición de la OMS, los que tratan de la regulación, comercialización, distribución y uso de fármacos según la sociedad, con énfasis especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes.

ABREVIATURAS

AGREE: (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) Instrumento de evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica.

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades.

DSM: (En inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

EUM: Estudio de utilización de medicamento.

Gl-mhGAP: Guía de intervención del programa de acción para superar las brechas en salud mental.

IMAO: Inhibidores de la monoaminooxidasa.

ANEXOS

Protocolo de atención del trastorno afectivo bipolar

Protocolo de atención del trastorno afectivo bipolar
Revisión y Adaptación por Dra. Cynthia Cabrera Gutiérrez

1. Definición:

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

2. Objetivos:

- ✚ Conocer que es el trastorno afectivo bipolar.
- ✚ Identificar las etiologías más frecuentes que puede causarlo.
- ✚ Determinar los factores de riesgo más importantes.
- ✚ Conocer las características clínicas de los pacientes afectados.
- ✚ Identificar la clasificación, diagnóstico y tratamiento en el paciente bipolar

3. Etiología:

La causa es desconocida, pero ocurre en personas con familiares que padecen el trastorno. Se han realizado muchas investigaciones relacionadas al trastorno bipolar, aunque todavía no existe una causa totalmente definida para que se presente.

La psiquiatría contemporánea considera la etiología de la depresión como un proceso multifactorial con una base biológica definida, aunque las influencias sociales y psicológicas también son importantes.

Hipótesis neuroquímica (depresión)

Disminución de las aminosbiogenas:

- Serotonina
- noradrenalina
- dopamina

Hipótesis neuroendocrina (depresión)

Hiperactividad del eje hipotálamo-Hipofisis-Suprarrenal

- ↑Secreción de cortisol
- ↓TSH(tirotropina)
- ↓GH(H. crecimiento)
- ↓FSH(folículo estimulante)
- ↓LT(luteinizante)
- ↓testosterona

Hipótesis genética (trastorno bipolar)

Existen evidencias claras de un componente hereditario aun no se ha determinado el gen.

Hipótesis dopaminérgica (trastorno bipolar)

Pacientes maniacos

- ↑HVA (metabolito de la dopamina)

↑Dopamina en orina (antes del viaje a la manía en pacientes deprimidos)

↑Noradrenalina

Hipótesis psicosociales

Psicoanalítica: depresión: la pérdida real o simbólica de un objeto amado

Manía: mecanismo de defensa contra la depresión

Cognitiva: triada cognitiva de Beck

4. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo conocidos para el desarrollo de depresión son la historia familiar y los episodios previos. El riesgo de trastornos depresivos en los familiares en primer grado de pacientes con depresión es del doble o triple del de la población general. Si un padre tiene un trastorno del ánimo, el riesgo de que un hijo tenga el trastorno del estado del ánimo es de 10 a 25%; si ambos padres están afectados, el riesgo se duplica.

La probabilidad de que una persona desarrolle trastorno del estado de ánimo depende de diversos factores incluyendo género (las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres), pérdida temprana de un padre, atención inadecuada por los padres, historias de eventos traumáticos prepuberales, ciertas características de personalidad, historia personal o familiar de trastornos del ánimo, grado de apoyo social y eventos estresantes recientes.

5. Clasificación

Según los episodios de exaltación sean: “maníacos” o “hipomaniacos”:

Trastorno afectivo bipolar I, con episodios depresivos y maníacos.

Trastorno afectivo bipolar II, con episodios depresivos e hipomaniacos

Ciclotimia, con episodios de depresión leve e hipomanía

Bipolar I

Son personas que presentan o han presentado algunas veces en su vida algún episodio maniaco con periodos de depresión mayor. El estado de ánimos actual de un bipolar I puede ser, sin embargo, maniaco, depresivo, hipomaniaco (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía) o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos (mixto). Esto es lo que distingue los subtipos del bipolar I. cabe la posibilidad de que la persona tenga en la actualidad un episodio maniaco y nunca haya tenido anteriormente un episodio depresivo; en este caso existe una categoría adicional: “bipolar I con episodio maniaco único”

Bipolar II

Son personas que habiendo padecido episodios depresivos hipomaniacos, nunca han padecido un episodio completo de manía, y en su lugar presentan periodos de hipomanía (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía). Dichos periodos hipomaniacos alternan con episodios de depresión mayor. La aparición de los episodios maníacos puede ser a veces bastante lenta y progresiva.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una medida de 8 episodios) que los pacientes unipolares, y ello no es simplemente debido al hecho de que la edad

media de comienzo de los unipolares sea más tardía, sino a una característica intrínseca de los trastornos bipolares. Aunque los trastornos son más recurrentes que los unipolares, los episodios tienen una duración media menor (unos 4 meses cada uno), la duración del episodio maníaco a depresivo no depende de la gravedad de los síntomas presentes en dicho episodio.

Ciclotimia

Una forma leve de trastorno bipolar llamada ciclotimia implica periodos de hipomanía y depresión leve, con menos fluctuaciones en el estado de ánimo. Es posible que las personas con trastorno bipolar II o ciclotimia sean diagnosticadas erróneamente como pacientes que padecen únicamente depresión. Desde un punto de vista nosológico, es posible que la ciclotimia no sea en realidad una entidad diferente a la del denominado “trastorno bipolar”, sino una forma menos grave de este.

Normalmente un paciente ciclotímico presenta periodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. También normalmente existe un “equilibrio” entre síntomas depresivos y hipomaniacos, aunque en algunos pacientes pueden predominar mas unos sobre otros (mas frecuente la depresión sobre la hipomanía)

Diagnostico

Manifestaciones clínicas

Manía

Paciente se muestra exaltado, expansivo, afecto inestable; se enfada rápidamente; habla apresurada, fuga de ideas, delirios de persecución y grandiosidad; se viste de forma inadecuada (diversas capas de ropas, trajes extraños, exceso de maquillaje y de joyas); conductas inapropiadas (se mete en los asuntos de los demás, gasta el dinero de manera imprudente, realiza actividades arriesgadas); impulsos sexuales intensos, se alimenta y duerme poco pero continua hiperactivo.

Elevación del estado del ánimo:

- a. Pensamientos apresurados
- b. Hiperactividad
- c. Incremento de la energía
- d. Falta de autocontrol
- e. Autoestima elevada (delirios de grandeza, creencias falsas)
- f. Compromiso exagerado en las actividades
- g. Comportamiento precipitado
- h. Hacer gastos exagerados
- i. Incurrir en exceso de comida, bebida o consumo de drogas
- j. Promiscuidad sexual
- k. Deterioro del juicio tendencia a distraerse fácilmente poca necesidad de sueño
- l. Se irrita o agita fácilmente control deficiente de temperamento

Depresión

En los episodios depresivos **típicos** el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- A. La disminución de la tensión y concentración
- B. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- C. Las ideas de culpas y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- D. Una perspectiva sombría del futuro
- E. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- F. Los trastornos del sueño
- G. La pérdida del apetito

Hipomanía

Paciente se muestra extrovertido despreocupado, sin problemas; euforia contagiosa (los observadores se sienten eufóricos) seguro de sí mismo, desinhibidos, no le preocupan los sentimientos de los demás; aumento de la actividad motora de los impulsos sexuales, de la capacidad de distracción y de la sensación de importancia; disminución de la capacidad de concentración; pasa rápidamente de un tema a otro (fuga de ideas); se irrita fácilmente.

Exámenes complementarios

Una historia psiquiátrica de cambios del estado de ánimo y la observación del comportamiento y del estado de ánimo actuales son de ayuda en el diagnóstico en este trastorno. Igualmente, puede servir el hecho de obtener información de miembros de la familia con relación al comportamiento del paciente, así como averiguar acerca de los antecedentes familiares.

Se puede llevar a cabo un examen físico al igual que algunas pruebas del laboratorio (examinación para drogas y tiroides) con el fin de descartar otras causas para los síntomas, aunque el uso de drogas recreativas no descarta el trastorno afectivo bipolar, ya que puede ser un síntoma. Las personas con esta condición están en mayor riesgo de padecer de trastornos por el mal uso de sustancias.

Otras pruebas que suelen solicitarse son químicas sanguíneas, función tiroidea y serología para sífilis. Antes de iniciar el litio deben realizarse estudios de función tiroidea y renal. La biometría hemática y la función hepática se evalúan antes de iniciar ácido valproico / valproato sódico o carbamazepina.

Las exploraciones de neuroimagen (TAB, resonancia magnética) no muestran alteraciones. En cambios si aparecen en la prueba llamada TEP (tomografía por emisión de positrones), si bien los hallazgos no añaden información para el tratamiento. Solamente se emplea con fines de investigación.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos mentales a descartar son:

- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Anfetaminas, cocaína, y estimulantes en general.
- Inducción de la manía por un tratamiento antidepresivo. Si desaparece por completo al reducir la medicación antidepresiva se diagnostica como inducido por sustancias (antidepresivos)
- Inducción por el tratamiento electroconvulsivante (ECT, TEX, ELECTROSHOCK, ELECTROSHOQUE). es muy raro pero posible.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) especialmente si el niño presenta, al mismo tiempo síntomas depresivos, lo que puede plantear dudas con un episodio mixto)

Los trastornos orgánicos que deben ser evaluados ante la sospecha de un trastorno bipolar, son:

- Esclerosis múltiple con afectaciones del polo frontal
- Tumores cerebrales
- Enfermedad de Cushing (por exceso de actividad de las glándulas suprarrenales, o por haber tomado un exceso de corticoides)
- Demencia que cursa con frontalización (enfermedad de Pick, por ejemplo)
- Ingestión de sustancias o drogas de abuso capaces de inducir estados parecidos a los maníacos (cocaína, anfetaminas, ETC.)
- Hipertiroidismo.

Tratamiento

El tratamiento del trastorno bipolar se puede dividir en tres fases o etapas:

- Tratamiento de la fase aguda: dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad
- Tratamiento de continuación: dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda (ejemplo: evitar las recaídas) de 4 a 6 meses más tarde
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo: dirigido a prevenir futuros episodios, permanente o en curas de tres a cinco años

Criterios

- Dos o más episodios
- Episodio único con una o más de las siguientes características: historia de bipolaridad por recurrencia mono polar
- Primer episodio antes de los 20 años
- Segundo episodio en tres años previos
- Episodios de inicio bruscos y amenaza vital

Modalidades de tratamiento:

- Farmacológico: necesarios e insustituibles para todos los pacientes.
- Educativos: consistente en ayudar a los pacientes y familiares para reconocer, manejar y evitar complicaciones.
- Psicoterápico: dirigido a resolver problemas y afrontar el estrés. Nunca sustituya el tratamiento farmacológico

Fármacos:

Los estabilizadores del humor (litio, valproato, lamotrigina, carbamazepina y/o oxcarbazepina), los neurolépticos, preferiblemente atípicos, a los que se empiezan a observar propiedades estabilizadoras y los antidepresivos constituyen los tratamientos de primera elección en el trastorno bipolar. Otros fármacos, como los ansiolíticos, se utilizan como coadyuvantes para combatir determinados síntomas como la agitación, el insomnio, la ansiedad.

Tratamientos del episodio maniaco:

En la manía leve-moderada debe interesarse la monoterapia con estabilizadores del humor. Los neurolecticos deben ser de elección en la manía psicótica. Algunas guías de práctica clínica empiezan a incluir a los antipsicóticos atípicos como monoterapia en la manía sin distinción de subtipos. En Europa tradicionalmente ha habido preferencia por el uso de los antipsicóticos sobre los estabilizadores del humor en el episodio agudo maniaco.

En la manía mas grave, el tratamiento será la combinación de estabilizadores y antipsicóticos. Puede ser recomendable, como tratamiento coadyuvante, para mejorar la agitación y el insomnio, el empleo de benzodiacepina (lorazepam o clonazepam)

Tratamiento de la depresión bipolar:

El empleo de antidepresivos en la depresión bipolar presenta el problema de favorecer el viraje a la fase maniaca y al recurrencia, hasta el punto de habérseles relacionado, principalmente a los antidepresivos triciclicos; con el curso de ciclos rápidos por lo que su uso plantea problemas de cuando introducirlos y retirarlos. Por otra parte, deberá tenerse presente la capacidad anti depresiva de los estabilizadores del humor, principalmente de las sales de litio y la lamotrigina de las que existen indudables pruebas de eficacia antidepresivas por lo que se elegirán estas sustancias de tratamiento de primera elección. Si ya estuviese realizando tratamiento con el estabilizador del humor, un ajuste de dosis podría ser la opción terapéutica. Si se decide, debido a la intensidad del cuadro clínico, que debe introducirse un antidepresivo siempre deberá administrarse, junto al estabilizador del humor eligiéndose aquellas sustancias que sean más seguras a la hora de evitar los inconvenientes antes señalados como los llamados inhibidores de la recaptacion (ISRS).

Medicaciones coadyuvantes:

Si la depresión presenta síntomas psicóticos se añadirá al estabilizador y al antidepresivo un neuroléptico atípico (risperidona , olanzapina, quetiapina). En caso de insomnio a ansiedad se añadirá una benzodiacepina.

Control y seguimiento:

El tratamiento consistirá en mantener el estabilizador del ánimo empleado en el tratamiento del episodio agudo y durante toda la fase de mantenimiento.

En los episodios maniacos, la medicación coadyuvante de neurolépticos o benzodiacepinas se ira ajustando durante esta fase a las necesidades del paciente hasta su retirada total.

En los episodios depresivos, el mantenimiento de los fármacos antidepresivos será mas breve que en las depresiones unipolares y no deberá sobre pasar los tres meses. Solo en algunos casos con frecuentes recaídas depresivas, se intentara mantener la medicación antidepresiva unida a los estabilizadores del humor.

Tratamiento de mantenimiento o profiláctico:

Los estabilizadores del humor son la base del tratamiento preventivo. En el momento actual, las sales de litio y la lamotrigina son los fármacos con mayor evidencia de eficacia. Los anticonvulsivantes ácido valproico y carbamazepina/oxcarbazepina son fármacos ampliamente utilizados, aunque no existen estudios controlados de eficacia clínica demostrada en la profilaxis. Sin embargo, la eficacia anti maníaca, la existencia de algunos estudios positivos, la falta de respuesta y la mala tolerancia de las sales de litio en algunos casos han empujado a utilizar los anticonvulsivantes como la mejor alternativa posible como es el caso del ácido valproico.

Tratamiento coadyuvante:

Las benzodiazepinas, neurolépticos y antidepresivos podrán introducirse en caso de recaídas. En caso de falta de respuesta se pueden asociar varios estabilizadores del humor.

Tterapia electroconvulsiva (TEC)

La TEC ha demostrado eficacia para pacientes graves o resistentes al tratamiento y cuando se ha preferido por el paciente de acuerdo con el psiquiatra. También se puede considerar su indicación para pacientes en episodios mixtos y, durante el embarazo, en fases maniacas graves, a si mismo, para pacientes con depresión graves o resistentes a otros tratamientos y para episodios con características catatónicas.

Psicoeducación:

Los tratamientos psicosociales se proponen con metas diferentes a la curación del paciente bipolar

- Incrementar la adherencia a la medicación
- Enseñar a los pacientes a reconocer los síntomas prodrómicos de las crisis
- Retrasar las recaídas
- Disminuir las hospitalizaciones
- Mejorar el funcionamiento familiar, social y laboral
- Aumentar la calidad de vida

Abordaje psicoterapéutico de los pacientes bipolares:

Los aspectos en los que confluyen los diversos tratamientos psicosociales con mejor apoyo empírico son: informar a pacientes y familiares sobre los síntomas y el curso de la enfermedad, para conseguir mejor adherencia al tratamiento farmacológico y anticipar los pródromos de las crisis maniacas.

Incluir a los familiares en el tratamiento psicoterapéuticos, para aumentar su comprensión del trastorno y conseguir un funcionamiento más eficaz en su rol de cuidadores.

Ampliar los recursos y competencias de los pacientes, para que consigan un mejor manejo de las tensiones ambientales.

Todo ello dentro de una situación clínica basada en una fuerte alianza terapéutica, que permitan un clima de confianza en el que desarrollar un trabajo para prevenir los aspectos más destructivos de las crisis y, en particular, el suicidio.

Complicaciones:

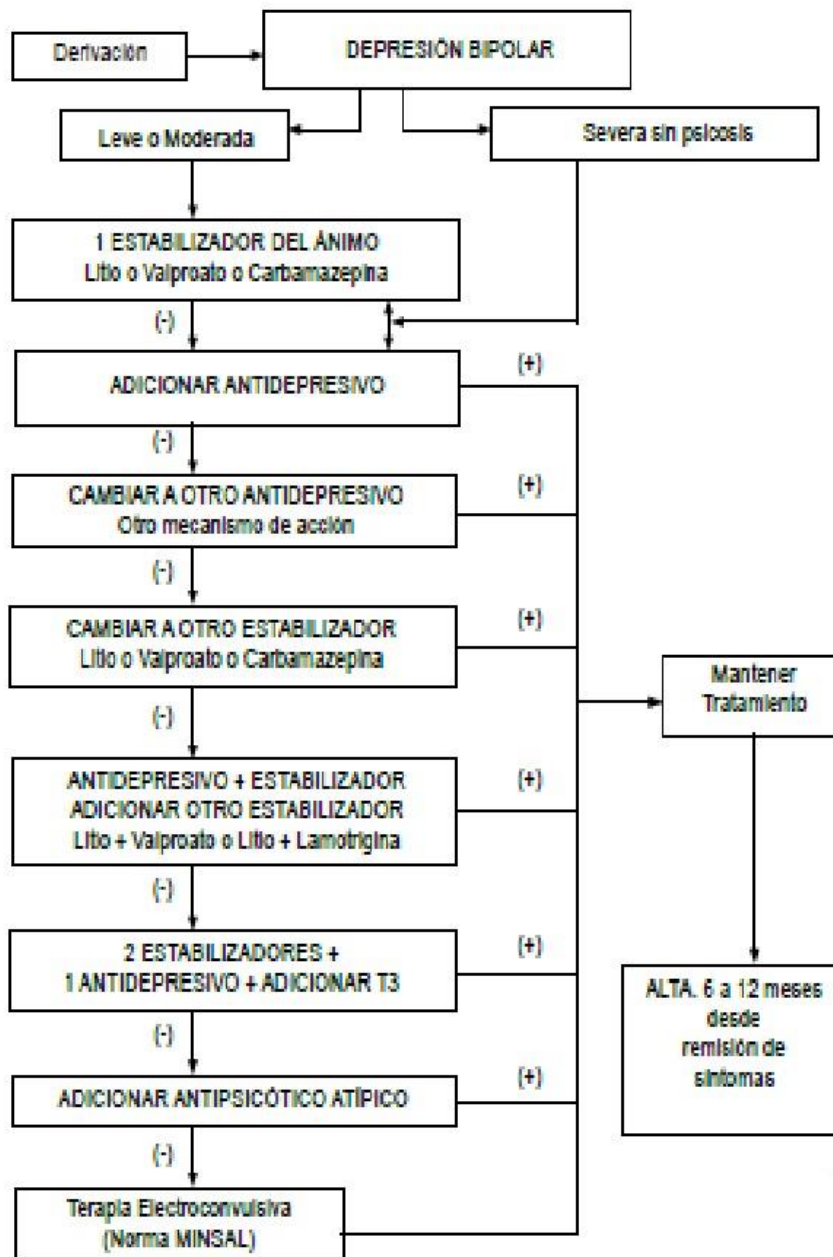
Las tasas de suicidio son altas en pacientes con trastorno bipolar. Por ejemplo, ocurre suicidio en alrededor del 10 al 15% de los pacientes con trastorno bipolar.

La enfermedad causa también deterioro psicosocial importante, afectando múltiples aspectos de la vida del paciente, incluyendo las relaciones laborales y financieras.

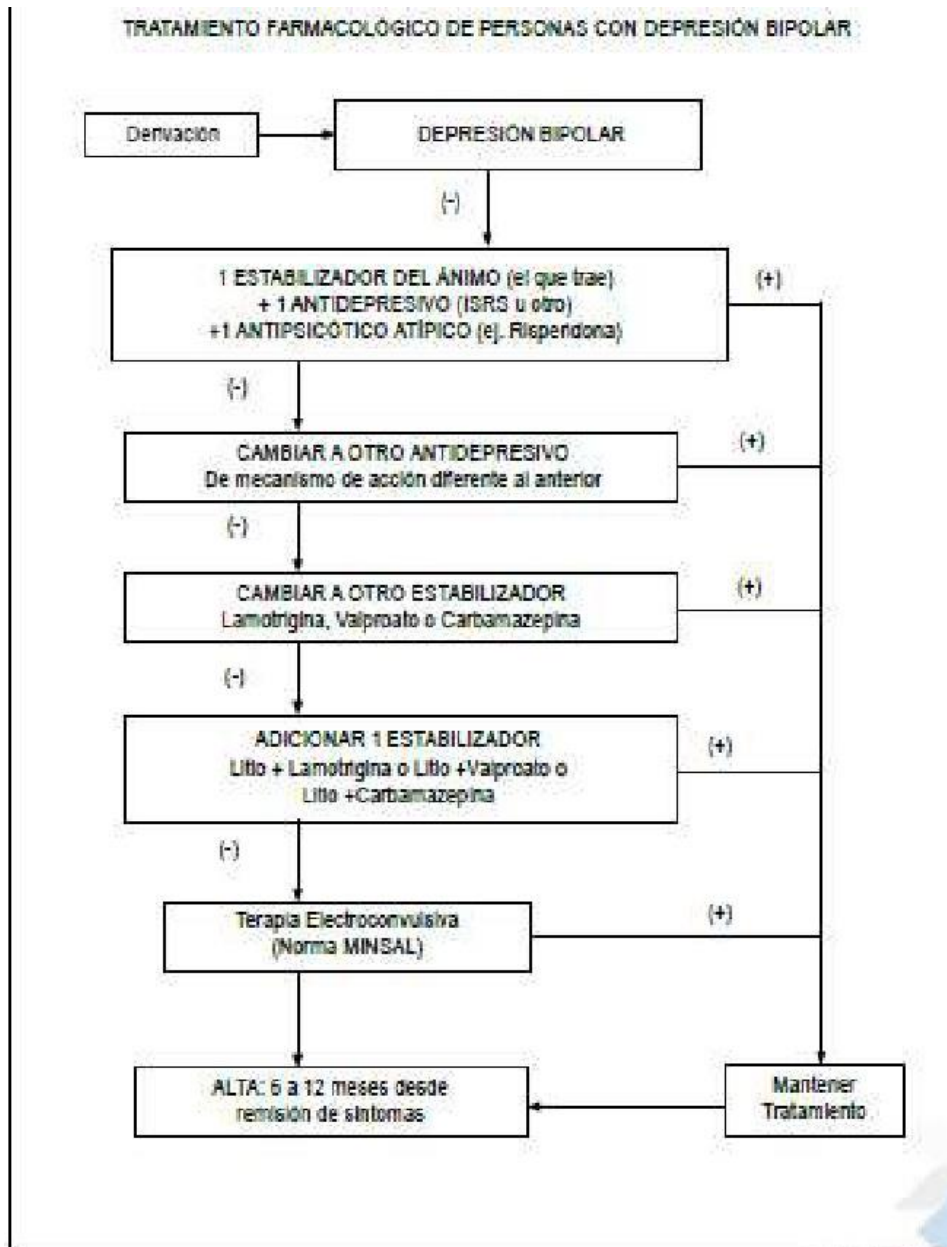
Hospitalización

- Manía severa o psicótica
- Manía con riesgo de suicidio (disforicos) o de homicidio
- Depresión con riesgo de suicidio u homicidio altruista
- Falta de adherencia al tratamiento con potencial peligrosidad para sí o terceros o patrimonial
- Falta de continencia familiar
- Deterioro del cuidado personal
- Falta de apoyo socio familiar
- Mal control terapéutico
- Falta de conciencia de enfermedad
- Conductas violentas
- Conductas de riesgos (conducta sexuales, manejo de dinero)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR



<http://htmlimg1.scribdassets.com/43ppy9kxkw1eg106/images/15-1f283097f8.jpg>



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de expediente: _____

Fecha de ingreso: _____

I) Datos del paciente

Edad: _____ **Sexo:** F () M ()

Lugar de Procedencia:

a) Urbano _____ b) Rural _____

II) Datos de Ingreso

Tipo de Ingreso:

Primera vez: _____ Re-ingreso: _____ Núm. de Ingreso: _____

Diagnóstico _____ **de** _____ **Ingreso:** _____

Presencia de episodios TAB: si _____ no _____

Cual _____

III) Medicación Utilizada

Fármaco
Dosis: _____

Intervalo de dosis: _____

Otros fármacos prescritos: _____

Respuesta Clínica:

Si () no ()

IV) Cumplimiento de protocolo: Si () No ()

